



**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) o llame al 1-877-858-6507. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-877-858-6507 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<b>¿Cuánto es el <u>deducible total</u>?</b>	Dentro de la red: individual \$1,600/familiar \$3,200.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
<b>¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u>?</b>	Sí. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
<b>¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?</b>	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
<b>¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u>?</b>	Dentro de la red: individual \$3,000/familiar \$6,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
<b>¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u>?</b>	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y <u>atención médica</u> que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
<b>¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u>?</b>	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> o llame al 1-877-858-6507.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una <u>factura</u> de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
<b>¿Necesita una <u>remisión</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?</b>	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Podrían aplicarse cargos adicionales por los <u>servicios no preventivos</u> prestados en el consultorio del médico.
	Consulta con un <u>especialista</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Podrían aplicarse cargos adicionales por los <u>servicios no preventivos</u> prestados en el consultorio del médico.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Podrían aplicarse cargos por las visitas al consultorio si se prestan servicios en el consultorio del médico. Los cargos para determinados análisis de laboratorio y para los análisis de laboratorio de especialidad serán más altos.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Podrían aplicarse cargos por las visitas al consultorio si se prestan servicios en el consultorio del médico. Los cargos para determinados análisis de laboratorio y para los análisis de laboratorio de especialidad serán más altos. Se requiere precertificación para tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>  Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.aetna.com/pharmacy-insurance/individuals-families">www.aetna.com/pharmacy-insurance/individuals-families</a>	Medicamentos genéricos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	También podrían aplicarse cargos por las visitas al consultorio si se prestan servicios en el consultorio del médico. Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	También podrían aplicarse cargos por las visitas al consultorio si se prestan servicios en el consultorio del médico. Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	20 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	20 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para transporte que no es de emergencia.
	<u>Atención de urgencia</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cobertura.	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Limitado a tratamiento de 60 visitas/condición por año calendario para fisioterapia, terapia del habla y cuidado quiropráctico combinadas y de 60 visitas/condición por año calendario para terapia ocupacional, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	La terapia ocupacional rehabilitadora se limita a la <u>atención médica en el hogar</u> , la atención del programa de <u>cuidados paliativos</u> y el tratamiento para el trastorno del espectro autista y el síndrome de Down.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Limitado a 60 días posteriores a la atención de <u>hospitalización</u> por año calendario. Se requiere autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se limita a 210 días de por vida.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	1 examen de rutina de la vista/año calendario.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Acupuntura.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico: 60 visitas/condición por año calendario combinadas con fisioterapia y terapia del habla.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente.
- Enfermería particular.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista/año calendario.

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-877-858-6507.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-877-858-6507. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**  
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,600
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
 Exámenes de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)  
 Consulta con un especialista (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,600
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,400
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$70
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,070</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,600
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades)  
 Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)  
 Medicamentos con receta médica  
 Suministros para diabéticos (glucómetro)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,100
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$4,300
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,400</b>

**Fractura simple de Mía**  
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,600
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (incluye suministros médicos)  
 Exámenes de diagnóstico (radiografías)  
 Equipo médico duradero (muletas)  
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mía pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,600
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$200
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$1,810</b>

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

### **Tecnología de asistencia**

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 866-393-0002.

### **Teléfono inteligente o tableta**

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

### **Aviso sobre la no discriminación**

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una queja formal:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de California: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

**Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).**



- Hawaiian - No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-877-858-6507. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए,1-877-858-6507 पर कॉल करें।
- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-877-858-6507.
- Igbo - Iji nwetaòhèrè na orụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-877-858-6507
- Ilocano - Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-877-858-6507.
- Indonesian - Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-877-858-6507.
- Italian - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-877-858-6507.
- Japanese - 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-877-858-6507 までお電話ください。
- Karen - လာတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-877-858-6507 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-877-858-6507 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M̈ d̈yi wuḍu-dù kà kò d̈ò b̈ě d̈yi m̈oú n̈ ní Pídyi ní, nií, d̈á n̈òbà n̈ià ke: 1-877-858-6507
- Kurdish - 1-877-858-6507 یۆ دەسپێراگه‌یشتن به خزمه‌تگوزاری زمان به‌بێ تێچوون یۆ تو، په‌یوهندی بکه به ژماره‌ی
- Laotian - ຕຳແໜ່ງໃຊ້ການບໍລິການພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໃບຫາຕີ1-888-982-3862
- Marathi - कोणत्याही शक्तीकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-877-858-6507 वर फोन करा.
- Marshallese - Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-877-858-6507.
- Micronesian - Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-877-858-6507.
- Pohnpeyan - ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។
- Mon-Khmer, Cambodian - T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo báqáh ílínígóó kojí' hólne' 1-877-858-6507.
- Navajo - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-877-858-6507 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
- Nepali - Të koor yin weëř de thokic ke cîn wëu kor keek tēnōŋ yin. Ke cōl koc ye koc kuony ne nōmba 1-877-858-6507.
- Nilotic-Dinka - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-877-858-6507.
- Norwegian - Um Schprooch Services zu griegie mitaus Koscht, ruff 1-877-858-6507.
- Pennsylvania Dutch - برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-877-858-6507 تماس بگیرید .
- Persian - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-877-858-6507.
- Polish - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-877-858-6507.
- Portuguese -

